

Lapsiin kohdistuvan väkivallan arvioiminen

SARI LEPISTÖ & NOORA ELLONEN & MIKA HELMINEN & EIJA PAAVILAINEN

Johdanto

Perheväkivalta on kansainvälisesti tunnistettu perheitä ja yksilöitä koskeva yhteiskunnallinen kansanterveysongelma, joka vaarantaa ihmisten fyysistä ja psyykkistä terveyttä sekä hyvinvointia (Nair & al. 2003; Tenney-Soeiro & Wilson 2004; Paavilainen & Flinck 2015). Väkivalta voi perheessä kohdistua sekä aikuisiin että lapsiin, ja se voi ilmetä fyysisenä tai henkisenä pahoinpitelynä tai laiminlyöntinä. Lapsen kaltoinkohtelu on lapsiin kohdistuvaa väkivaltaa, joka voi kohdistua suoraan lapseen tai ilmetä epäsuorana väkivaltana. Epäsuoralla väkivallalla tarkoitetaan esimerkiksi vanhempien välistä väkivaltaa, jonka ilmapöyrissä myös lapset elävät (Lepistö 2010; Ellonen & al. 2008). Tässä artikkelissa keskitymme lasten kaltoinkohteluun osana perheväkivaltailmiötä. Kuvaamme niiden vauvaperheiden terveyttä, toimivuutta ja neuvolasta saatua tukea, joissa on todettu kohonnut lasten kaltoinkohtelun riski, ja vertaamme niitä perheisiin, joissa kohonnutta riskiä ei ole.

Kotimaisten tutkimusten mukaan niin suoraan kuin epäsuoraakin väkivaltaa ja kaltoinkohtelua esiintyy myös suomalaisissa lapsiperheissä. Lapsiin kohdistettuna väkivalta liittyy yleensä ristiriitojen ratkaisuun, vaikka lapsen kuritustarkoituksessa käytetty fyysinen väkivalta on ollut Suomessa lailla kiellettyä jo yli 30 vuoden ajan. Yli puolet 3–6-vuotiaiden lasten vanhemmista raportoi käyttäneensä lastaan kohtaan jotain fyysistä väkivaltaa vuoden aikana lapsen kanssa tulleen ristiriidan ratkaisemisessa. Yleisintä on lapseen tarttuminen tai töniminen, josta raportoi 42 prosenttia 3–6-vuotiaiden lasten vanhemmista. Toiseksi yleisintä on lapsen tukistaminen, josta raportoi 25 prosenttia vastaavasta joukosta. Varsinainen lyöminen on selvästi harvinaisempaa (4 %). (Ellonen 2012.)

Vaikka erityisesti vakavaa fyysistä väkivaltaa kokeneiden suomalaislasten määrä on huomattavasti pienempi kuin monissa muissa maissa, on lapsiin kohdistuvan väkivallan ehkäisy silti nähtävä edelleen merkittävänä yhteiskunnallisena haasteena myös Suomessa, sillä tutkimusten mukaan lasten väkivaltakokemuksilla on vakavia ja usein myös pitkäkestoisia vaikutuksia lasten hyvinvointiin. Väkivalta lisää muun muassa stressiä ja sitä kautta heikentää sosio-emotionaalista hyvinvointia ja fyysistä terveyttä sekä aiheuttaa terveysongelmia (Norman & al. 2012). Väkivalta vaikuttaa heikentävästi myös aivojen kehitykseen ja lisää kuoleman vaaraa (Bair-Merritt & al. 2013).

Haasteita lapsiin kohdistuvan kaltoinkohtelun vähentämiseen muodostavat kuitenkin viranomaisten vaikeudet väkivaltatapausten tunnistamisessa ja niihin puuttumisessa (Paavilainen & Flinck 2013; Ellonen & Pösö 2014; Inkilä & al. 2016). Voidaan myös kysyä, onko se riittävää kaltoinkohtelun vähentämistä, jos pyritään puuttumaan vain jo tapahtuneeseen kaltoinkohteluun. Onkin todettu, että tukea tulisi kohdentaa nykyistä enemmän juuri niille riskiperheille, joilla on suurempi todennäköisyys väkivallan käyttöön, ennen kuin perheeseen on ehtinyt muodostua vaikeasti katkaistavissa oleva, väkivaltaisen käyttäytymisen malli (ks. esim. MacMillan & al. 2005). Aikaisempien tutkimusten mukaan (MacMillan & al. 2005; Edgcombe & Ploeger 2006; Shields & al. 2007) riittävän varhaisella tuella voidaan vaikuttaa perheiden arkeen ja antaa heille heidän kanssaan yhteistyössä keinoja, joilla selvittää hankalista tilanteista perheessä ja puuttua ennaltaehkäisevästi kaltoinkohteluun.

Niin sanottujen kaltoinkohtelun riskiperheiden profiloinnissa apuna voidaan käyttää sitä mittavaa tieteellistä kirjallisuutta, jossa on esitetty lukuisia vanhempaan, lapseen tai perheeseen liittyviä te-

kijöitä, jotka on yhdistetty kohonneeseen riskiin käyttää väkivaltaa (ks. kirjallisuuskatsaus Peltonen & al. 2014 ja Ellonen & al. 2016b). Myös Suomessa on osoitettu, miten perheväkivaltaa, mukaan lukien lasten kaltoinkohtelu, esiintyy usein samoissa perheissä, joissa on runsaasti myös muita hyvinvoinnin riskitekijöitä, kuten esimerkiksi päihde- ja mielenterveysongelmia (Paavilainen & Flinck 2015). Väkivaltaa käyttävissä perheissä on usein myös vuorovaikutukseen liittyviä ongelmia (Paavilainen & al. 2001). Niin ikään itse lapsena väkivaltaa kokeneet vanhemmat myös käyttävät väkivaltaa omaan lapseensa herkemmin kuin vanhemmat, joilla ei ole lapsuuden ajan väkivaltakokemuksia (Peltonen & al. 2014; Ellonen & al. 2016b).

Kansainvälisesti näiden tutkimustulosten perusteella on muodostettu useita työkaluja kaltoinkohtelun riskiperheiden tunnistamiseen (Bailhache & Salmi 2013; Heinze & Grisso 1996; Knoke & Trocme 2005; Milner 1986; Walker & Davies 2010). Niiden käyttö Suomessa on kuitenkin vielä varsin vähäistä. Omassa aikaisemmassa tutkimuksessamme olemme osoittaneet, että esimerkiksi amerikkalaisen psykologin Joel Milnerin kehittämä Child Abuse Potential Inventory (CAP) toimisi kuitenkin hyvin myös suomalaisessa yhteiskunnassa lasten kaltoinkohtelun riskin arvioimisessa (Ellonen & al. 2016a).

Suomessa kuten monessa muussakin kehittyneiden julkisten palveluiden maassa neuvolat ja niiden terveydenhoitajat ovat avainasemassa lapsiperheiden kanssa työskentelyssä ja siten myös mahdollisessa riskiperheiden profiloinnissa. Lasta odottavat ja lapsen saaneet perheet käyvät säännöllisesti neuvolassa, mikä mahdollistaa perheen kokonaistilanteen ja sen mahdollisten muutosten arvioinnin ja siten myös kaltoinkohteluriskin arvioimisen. Kansallisissa neuvolatyön hoito-ohjeissa onkin kiinnitetty huomiota kaltoinkohtelun tunnistamiseen neuvoloissa (Paavilainen & Flinck 2013; 2015), ja neuvoloiden terveydenhoitajien osaamista kaltoinkohtelun tunnistamisessa on tutkittu (Paavilainen & al. 2014a). Myös nämä tutkimukset ovat osoittaneet, että terveydenhoitajat tarvitsisivat nimenomaan systemaattisia, koko neuvolan asiakaskunnalle suunnattuja työkaluja kaltoinkohtelun tunnistamisen avuksi.

Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät

Tässä artikkelissa kuvataan, vertaillaan ja mallinetaan lasta odottavien ja pienen vauvan kanssa elävien perheiden terveyttä, toimivuutta ja neuvolasta saatua tukea perheissä, joissa on todettu kohonnut lasten kaltoinkohtelun riski sekä perheissä, joissa kohonnutta riskiä ei ole. Artikkelin on osa laajempaa tutkimushanketta, jossa on tarkasteltu erityisesti lapsiin kohdistuvan väkivallan eli kaltoinkohtelun riskiä ja pyritty ennakoimaan sen esiintymistä perheissä tilanteessa, jossa perheeseen odotettiin lasta (Lepistö & al. 2016). Riskin ilmenemistä on myös seurattu lapsen synnyttyä. Tutkimuksessa on testattu lasten kaltoinkohtelun riskin tunnistamistyökalua (*CAP Inventory*). Artikkelissa kuvataan perheissä tapahtunutta muutosta seurannan aikana eli raskaudesta siihen, kun vauva on kymmenen kuukautta. Tavoitteena on löytää keinoja arvioida kaltoinkohtelun riskiä ja tunnistaa siihen yhteydessä olevia tekijöitä, jotta perheitä voidaan tukea mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

Tutkimustehtävät ovat seuraavat:

- Kuvata tutkimukseen osallistuneet lapsiperheet.
- Kuvata perheiden terveys, toimivuus, saatu tuki suhteessa riskitilanteeseen ja niissä tapahtuneet muutokset.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimushanke toteutettiin koe-kontrolliasetelmaan perustuvana seurantatutkimuksena. Ensin mitattiin lasta odottavien perheiden kaltoinkohteluriskiä, perheen terveyttä ja toimivuutta sekä neuvolasta saatua tukea. Kohonneen lasten kaltoinkohteluriskin perheille tarjottiin tietyissä neuvoloissa tuki-interventiota (interventioperheet), joka sisälsi keskustelua parisuhteesta, perheen arjesta vauvan kanssa ja kasvatuskäytännöistä sekä konkreettista tukea perheen arjen hoitamisessa. Ne perheet, joilla kohonnutta riskiä ei alkumittauksessa havaittu, saivat tavanomaisen neuvolapalvelun (verrokkiperheet). Perheet, joilla todettiin kohonnut kaltoinkohtelu riski ja jotka olivat asiakkaina muualla kuin interventioneuvoloissa, saivat tavanomaisen neuvolapalvelun (riskiperheet). Tässä artikkelissa puhutaan siten kolmesta eri perheryhmästä: interventioperheistä, verrokkiperheistä ja riskiperheistä.

Aineisto kerättiin kahdella paikkakunnalla. Ensimmäinen mittaus tehtiin 30. raskausviikolla ja toinen mittaus lastenneuvolassa, kun lapsi oli noin kymmenen kuukauden ikäinen. Terveystenhoitajat jakoivat kyselylomakkeet neuvolakäynnin yhteydessä ja perheen molempia aikuisia pyydettiin vastaamaan kyselyyn. Kysely oli mahdollista täyttää välittömästi neuvolakäynnin jälkeen tai postittaa se myöhemmin kotoa. Puolisoiden lomakkeet olivat eriväriset, jolloin voitiin erottaa heidän vastauksensa keskenään. Terveystenhoitajat koodasivat lomakkeet, jotta tiedettiin yhdistää ensimmäisen ja toisen vaiheen lomakkeet. Terveystenhoitajat eivät saaneet muuta tietoa kyselyn tuloksista kuin koepaikkakunnalla interventiorajan ylittäneiden perheiden numerot. Tämän avulla he pystyivät tarjoamaan tuki-intervention perheille.

Ensimmäisessä vaiheessa neuvoloihin toimitettiin yhteensä 1 200 kyselylomaketta. Kysely jaettiin 763 perheelle, joista 395 perhettä vastasi kyselyyn (vastausprosentti 52). Syitä kieltäytymiselle osallistua tutkimukseen ei kysytty. Tutkijoilla ei myöskään ole mitään muuta tietoa näistä perheistä, joten varsinaista katoanalyysia ei ole voitu tehdä. Siten perheiden valikoitumisesta tutkimukseen ei pystytä tarkemmin erittelemään.

Toiseen mittaukseen osallistui yhteensä 121 perhettä, joista 106 perhettä päätyi lopulliseen aineistoon, sillä 15 perhettä jouduttiin poistamaan aineistosta vastausten validiteettiä arvioitaessa (Ellonen & al. 2016a). Vaikka perheiden kokonaismäärä on kiitettävä, haasteen aineiston luotettavuudelle muodostaa se, että suurin osa (87 perhettä) toisessa mittauksessa mukana olleista perheistä kuului verrokkiryhmään, eli kummallakaan vanhemmalla ei ollut kohonneita kaltoinkohtelun riskipisteitä. Interventioerheitä, joissa esiintyi alkumittauksessa kohonnut kaltoinkohtelun riski ja jotka saivat tuki-intervention, oli tutkimuksen loppuvaiheessa mukana enää viisi. Riskiperheitä eli perheitä, joiden riskipisteet olivat koholla mutta jotka saivat ns. normaalit neuvolapalvelut, oli mukana 14. Kahdeksalla perheellä riski esiintyi vasta toisessa mittauksessa.

Tutkimukseen saatiin puoltava lausunto Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta (R11198H). Tutkimuslupa saatiin myös kunkin kohdeorganisaation johdolta. Tärkein eettinen periaate oli vapaaehtoisuuden korostaminen vanhemmille molemmissa tutkimuksen vaiheissa (Paavilainen & al. 2014b). Tutkija sai perheiden suostumuslomakkeet ensimmäisen kyselyn yhtey-

dessä, mutta ne poistettiin lomakkeiden joukosta, jotta vastaajien anonymiteetti säilyi.

Tutkimuksen taustamuuttujia olivat perheen elämäntilanteeseen liittyvät tekijät, kuten siviilisääty, lasten lukumäärä, parisuhteiden määrä ja työtilanne (taulukko 1). Lisäksi oli kysymyksiä esimerkiksi alkoholinkäytöstä ja vaikeudesta puhua perheen ongelmista (taulukko 2), joiden on todettu olevan yhteydessä lasten kaltoinkohteluun (Paavilainen & Flinck 2015).

Kaltoinkohtelun riski arvioitiin Child Abuse Potential Inventory (CAP) -mittarilla. Mittari on kehitetty Yhdysvalloissa (Milner 1986; 1994; Milner & Crouch 2012). Mittarissa on 160 väittämää, joista osa on positiivisia ja osa negatiivisia, eivätkä kaikki liity mitenkään kaltoinkohteluun. Väittämistä muodostuu yhteensä kuusi osaa, jotka kuvaavat vastaajia ja joiden avulla voidaan tehdä päätelmiä kaltoinkohteluriskistä. Osat ovat ahdistuneisuus, joustamattomuus, onnettomuus, ongelmat lapsen tai itsensä kanssa, ongelmat perheessä ja ongelmat muiden kanssa. Mittarin on todettu olevan kykenevä mittaamaan kaltoinkohtelua, sen riskiä ja vertailemaan vanhempia. Mittari tunnistaa hyvin ongelmat vanhempi-lapsisuhteessa ja riskitekijät tuovat esiin mahdollisen riskin kaltoinkohteluun niin tällä hetkellä kuin tulevaisuudessa. Mittaria on testattu ja käytetty laajasti kansainvälisesti, ja sen ominaisuuksista on julkaistu useita julkaisuja (mm. Arruabarrena & de Paul 1992; Bantugan-Bohan 1994; Milner 1994; Haz & Ramirez 2002; Milner & Crouch 2012). CAP-mittarin on suomentanut Jaana Haapasalo (Haapasalo & Aaltonen 1999).

Vastausten perusteella kullekin vastaajalle lasketaan riskipisteet asteikolla 0–486. Tässä tutkimuksessa yli 100 pistettä saaneet perheet poimittiin riskiperheiksi. Analyysia varten riski luokiteltiin kahteen luokkaan: ei riskiä (arvot 0–100) ja kohonnut riski (arvot yli 100). Riskipisteiden laskentaperiaatteista voi lukea lisää mittarin käsikirjasta (Milner 1986).

Perheen elämäntilannetta puolestaan arvioitiin Perheen toimivuus, terveys ja sosiaalinen tuki (FAFHES) -mittarilla. Mittari on kehitetty Suomessa (Åstedt-Kurki & al. 2002; 2009; Paavilainen & al. 2006). Mittaria on aiemmin käytetty kuvaamaan erilaisten perheiden tilannetta, ja mittarin luotettavuus on todettu hyväksi. Cronbachin alpha vaihteli ensimmäisen vaiheen mittauksessa 0,72–0,98. Mittari koostuu kolmesta summamuuttujasta, jotka ovat perheen terveys, toimi-

vuus ja sosiaalinen tuki. Jokaisessa summamuuttujassa on 21 Likert-asteikollista väittämää yhdessä (ehdottomasti eri mieltä) kuuteen (ehdottomasti samaa mieltä). Tähän tutkimukseen mittaria muokattiin sopivaksi lasta odottaville perheille ja kysymykset kohdennettiin erityisesti heille. Muun muassa tuki-kysymykset muotoiltiin koskemaan neuvolasta saatua tukea. Analyysia varten mittarin muuttujat luokiteltiin kolmeluokkaiseksi: eri mieltä (1 = ehdottomasti eri mieltä ja 2 = eri mieltä), vähän eri mieltä (3 = vähän eri mieltä ja 4 = vähän samaa mieltä) ja samaa mieltä (5 = samaa mieltä ja 6 = ehdottomasti samaa mieltä).

Analyysissa käytettiin kuvailevia tutkimusmenetelmiä. Muuttujien yhteyksiä kuvatessa käytettiin Fisherin testiä. Perheissä tapahtunutta muutosta ajassa analysoitiin Spearmanin korrelaation avulla. Tulosten tilastollisen merkitsevyyden rajaksi valittiin $p < 0,05$. Tilastollisten merkitsevyyksien tulokinnassa on kuitenkin hyvä muistaa, että lopullinen aineisto muodostui pieneksi erityisesti interventio- ja riskiperheiden kohdalla.

Tulokset

Perheiden taustatiedot

Lopullisen aineiston perheistä 102 äitiä vastasi ensimmäisen vaiheen ja 104 toisen vaiheen kyselyyn; puolisoista ensimmäisen vaiheen kyselyyn vastasi 88 ja toisen vaiheen kyselyyn 84. Kaikista ensimmäiseen mittaukseen osallistuneista vanhem-

mista yli puolet oli avioliitossa, ja suurin osa vanhemmista asui yhdessä. Äideistä 76 ja puolisoista 64 prosenttia oli sen lapsen vanhempia, jonka perusteella perhe valikoitui tutkimukseen. (Taulukko 1.)

Äideistä 26 prosenttia ei käyttänyt alkoholia ollenkaan ja 32 prosenttia käytti alkoholia kuukausittain (taulukko 2). Vastaavasti puolisoista 8 prosenttia oli täysin raittiita ja 42 prosenttia käytti alkoholia useamman kerran kuukaudessa. Kahdeksan äitiä oli huolissaan puolisonsa juomisesta. Äideistä 9 prosenttia kertoi vaikeudesta puhua perheen asioista ulkopuolisille. Vastaava luku puolisoista oli 10 prosenttia. Kahdessakymmenessä perheessä toisella vanhemmalla esiintyi kohonnut kaltoinkohtelun riski ja kolmessa perheessä molemmilla vanhemmilla (taulukko 3).

Perheryhmien (interventioperheet, riskiperheet ja verrokkiperheet) välisiä eroja perheiden taustatiedoissa voi tarkemmin katsoa liitteistä (liitetaulukot 1–9, www.julkari.fi), mutta selvimmät erot tulevat esille vanhempien iässä ja koulutustaustassa. Interventioperheiden vanhemmista suurin osa oli korkeasti koulutettuja ja perheen ensimmäinen lapsi oli syntynyt pääasiassa vanhempien ollessa 26–30-vuotiaita. Muissa perhetyypeissä vanhempien ikähaarukka oli laajempi. Riskiperheiden vanhemmilla koulutustaso oli useimmiten ammatillinen, iältään he olivat usein alle 30-vuotiaita ja puolisoit käyttivät alkoholia kuukausittain tai useammin. Verrokkiperheistä löytyi iältään vanhempia aikuisia; ryhmässä oli yli 36-vuotiaita vanhem-

Taulukko 1. Vastaajien taustatiedot (N = 106)

Muuttuja	Äiti		Puoliso		Äiti p	Puoliso p
	n	(%)	n	(%)		
Siviilisäät					0,625	0,568
avioliitto	73	(68,9)	61	(57,5)		
avoliitto	29	(27,4)	23	(21,7)		
naimaton	2	(1,9)	0	(0,0)		
Asumistilanne					0,551	-
elää puolison ja lasten kanssa	101	(95,3)	84	(79,2)		
elää lasten kanssa	2	(1,9)	0	(0,0)		
Parisuhteiden määrä					0,339	0,425
ensimmäinen	81	(76,4)	68	(64,2)		
toinen tai useampi	20	(18,9)	12	(11,2)		
Työtilanne					0,065	0,27
työssä	24	(22,6)	67	(63,2)		
vanhempainvapaa	62	(58,5)	7	(6,6)		
muu	16	(15,1)	10	(9,4)		

p-arvo laskettiin Fisherin testin avulla arvioiden äidin ja isän riski verrattuna ei riski vanhempiin.

pia suhteessa enemmän. Verrokkiperheissä koulutus jakautui tasaisemmin, jolloin äidin korkeakoulututkinto ja puolison ammatillinen koulutus korostuivat. Verrokkiperheissä oli myös enemmän lapsia kuin interventio- tai riskiperheissä. Perheissä oli myös eniten kokemusta aiemmista parisuhteista. Vanhemmilla oli perheväkivaltakokemuksia omassa lapsuudessaan. Alkoholin käyttö lisääntyi raskausajasta kaikissa perheissä, mutta verrokkiperheissä myös annoskoot kasvoivat. Interventio-perheissä alkoholin käytöstä ei tuotu esiin huolta, verrokkiperheissä äidit toivat esiin huolta ja riskiperheissä molemmat puoliset olivat huolissaan alkoholin käytöstä.

Perheiden terveys, toimivuus, saatu tuki suhteessa riskitilanteeseen ja niissä tapahtuneet muutokset
Kun tarkastellaan kaikkia perhetyyppäjä yhdessä, kahdessakymmenessä perheessä esiintyi toisella vanhemmalla kohonnut kaltoinkohtelun riski ja kolmessa perheessä molemmilla vanhemmilla (taulukko 3). Äideistä 18 prosentilla oli kohonnut kaltoinkohtelun riski, kun mukana olleista puolisoista vain 7 prosentilla oli kohonnut kaltoinkohtelun riski.

Ensimmäisen mittauksen perusteella tehtyyn kolmeryhmäiseen perhejakoon (interventio-perheet, verrokkiperheet ja riskiperheet) tuli toisen mittauksen jälkeen vielä neljäs ryhmä, jotta voitiin kuvata riskissä tapahtunutta muutosta. Perheet jaettiin uudelleen neljään ryhmään: 1) ”ei ris-

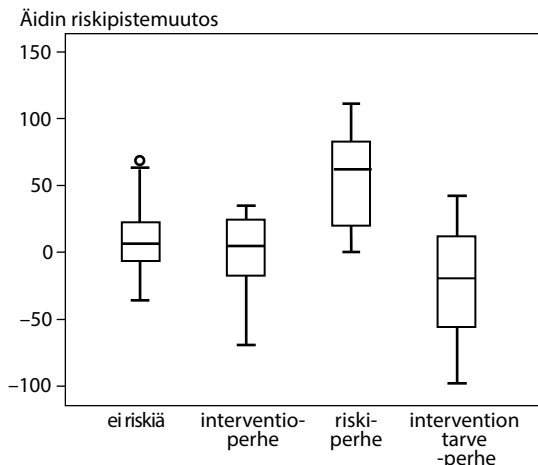
Taulukko 2. Vanhempien riskitekijät, kuten alkoholin käyttö ja vaikeus puhua perheen ongelmista muille (N = 106)

	Äidin kokemukset		Puolison kokemukset		Äiti	Puoliso
	n	%	n	%	p	p
Alkoholin käyttö					0,426	0,87
ei koskaan	28	(26,4)	9	(8,5)		
noin kerran kuussa tai harvemmin	42	(39,6)	31	(29,2)		
kaksi kertaa kuussa tai useammin	34	(32,1)	44	(41,5)		
Alkoholin kerta-annos					0,928	0,533
ei yhtään	29	(27,4)	9	(8,5)		
1–6 annosta	63	(59,4)	63	(59,4)		
enemmän kuin 6 annosta	4	(3,8)	8	(7,5)		
Huolissaan omasta juomisesta					0,059	0,637
ei	103	(97,2)	82	(77,4)		
kyllä	1	(0,9)	1	(0,9)		
Huolissaan puolison juomisesta					0,054	-
ei	94	(88,7)	83	(78,3)		
kyllä	8	(7,5)	0	(0,0)		
Vaikeus puhua perheen sisäisistä asioista ulkopuolisille					0,025	0,146
ei	94	(88,7)	72	(67,9)		
kyllä	10	(9,4)	11	(10,3)		

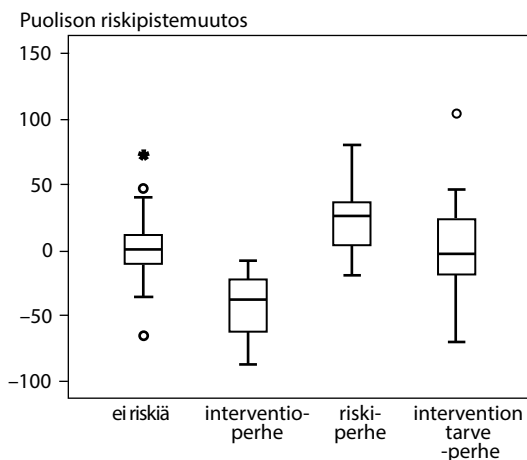
p-arvo laskettiin Fisherin testin avulla arvioiden äidin ja isän riski verrattuna ei riski vanhempiin.

Taulukko 3. Vanhempien riskiarvio CAP-mittarin mukaan ja siitä seurannut intervention tarve (N = 106)

Riski	Äidin riski		Puolison riski		Perheen riski		Tarve perheinterventiolle
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
ei riskiä = arvot 0–99	87	(82,1)	80	(75,5)	83	(78,3)	ei tarvetta
hieman kohonnut riski = arvot 100–165	14	(13,2)	6	(5,7)	20	(18,9)	toisella vanhemmalla kohonnut riski
kohonnut riski = arvot 166–214	4	(3,8)	0	(0,0)	3	(2,8)	molemmilla vanhemmilla kohonnut riski
erittäin suuri riski = arvot yli 215	1	(0,9)	1	(0,9)			



Kuvio 1. Äidin riskipisteissä tapahtuneet muutokset eri perhetyypeittäin.



Kuvio 2. Puolison riskipisteissä tapahtuneet muutokset eri perhetyypeittäin.

kiä” eli verrokkiperheet, 2) ”interventio-perhe” eli riskiperheet, jotka saivat intervention, 3) ”interventio tarve perhe” eli riskiperheet, joille ei tarjottu interventiota ja 4) ”riskiperhe” eli riskiperheet, joiden riski kohosi vasta toisessa mittauksessa. Näissä neljässä perheryhmässä oli äidin riskipiste -muuttujassa (kuvio 1) ja puolison riskipiste -muuttujassa (kuvio 2) tilastollisesti merkittäviä eroja. Interventio-perheissä äitien riskipisteissä ei juuri tapahtunut muutosta. Riskiperheen äidin riskipistemuutos on ollut positiivinen ja keskimäärin suurempi kuin äidillä perheessä, joka olisi tarvinnut intervention kohonneen riskin vuoksi. Näissä perheissä riskipistemuutos on ollut enimmäkseen negatiivinen eli riskipisteet ovat pienentyneet. Vastaavasti puolison kohdalla interventio-perheissä riskipisteet ovat pienentyneet ja riskiper-

heissä riskipisteet kasvaneet. Puolisoiden kohdalla interventiota tarvitsevilla perheillä ei muutosta riskipisteissä ole tapahtunut.

Kun tarkastellaan kaikkia perheitä yhdessä ensimmäisen mittauksen mukaan, riskiperheiden vanhemmat arvioivat perheen toimivuuden, terveyden ja saadun sosiaalisen tuen pääosin hyväksi. Ainoastaan kaksi riskiperheiden äitiä arvioi neuvolasta saamansa tuen huonoksi, muiden kokies sen hyväksi. Tilastollisesti eroa oli ainoastaan äitien arvioissa perheen toimivuuden ja terveyden kokemisen suhteen (taulukko 4). Riskiperheissä äidit kokivat perheen terveyden huonontuneen, kun puoliset kokivat saaneensa tukea enemmän. Interventio-perheissä äidit kokivat myös perheen toimivuuden huonontuneen suhteessa raskausaikaan. Niin ikään äidit kokivat perheen terveyden jälkimittauksen aikana huonommaksi verrattuna raskausaikaan, kun taas puoliset kokivat perheen terveyden paremmaksi kuin raskausaikaan. Verrokkiperheissä sekä kokemus perheen terveydestä että saadusta tuesta parani lapsen kasvaessa.

Kaikkien perheiden tarkastelussa tilastollisesti merkitsevä, tosin heikko ($r = -0.287$) yhteys oli äidin kaltoinkohtelun riskipisteiden ja äidin kokeman perheen toimivuuden välillä. Äidin riskipisteiden lisääntyessä muutos koetussa perheen toimivuudessa oli pienempi. Tulos voidaan nähdä myös toisin päin, jolloin perheen toimivuuden muuttuessa vähemmän saattaa riski kaltoinkohteluun kasvaa. Näin ollen perheen toimivuudella on merkitystä kaltoinkohteluriskiä ja hyvä toimivuus voidaan nähdä suojaavana tekijänä.

Johtopäätökset

Tutkimushankkeen haasteeksi muodostui se, että perheiden seuranta-aikana suuri osa perheistä putosi pois tutkimuksesta ja jälkimittaus saatiin huomattavan vähäiseltä määrältä perheitä (106 perhettä). Tämä on huomioitava merkittävänä tämän tutkimuksen rajoituksena. Havaintojen vähäisyydestä huolimatta on tarpeellista kuvata näitä perheitä, sillä se tuo esiin niitä haasteita, joita lapsiperheissä on ja joiden kanssa pitäisi pystyä työskentelemään kaltoinkohtelun ehkäisemiseksi.

Joka viidennellä koko tutkimukseen osallistuneista perheistä vähintään toisella vanhemmalla oli kohonnut lapsen kaltoinkohtelun riski, jota mitattiin alun perin amerikkalaisella CAP Inventory -mittarilla. Sitä on laajasti käytetty myös

Taulukko 4. Perheen toimivuus, terveys ja sosiaalinen tuki (FAFHES) lapsiperheillä verrattuna riskiperheisiin (N=106)

Muuttuja-arvo	Perheessä ei riskiä				Perheessä riski				Ryhmiä vertailla	
	Äiti		Puoliso		Äiti		Puoliso		Äiti	Puoliso
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	p	p
PERHEEN TOIMIVUUS									<0,001	0,283
eri mieltä	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)		
vähän eri mieltä	11	(13,4)	16	(24,2)	10	(43,5)	6	(37,5)		
samaa mieltä	71	(86,6)	50	(75,8)	13	(56,5)	10	(62,5)		
PERHEEN TERVEYS									0,011	0,667
eri mieltä	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)		
vähän eri mieltä	15	(18,1)	22	(31,9)	10	(43,5)	6	(37,5)		
samaa mieltä	68	(81,9)	47	(68,1)	13	(56,5)	10	(62,5)		
SAATU SOSIAALINEN TUKI									0,265	0,672
eri mieltä	2	(2,4)	3	(4,2)	2	(9,1)	0	(0,0)		
vähän eri mieltä	33	(39,8)	24	(33,8)	10	(45,5)	5	(31,3)		
samaa mieltä	48	(57,8)	44	(62,0)	10	(45,5)	11	(68,8)		

muissa maissa (Milner & Crouch 2012), ja olemme osoittaneet sen validiksi mittariksi myös suomalaisessa yhteiskunnassa (Ellonen & al. 2016a). Joka viidennessä perheessä havaittu kohonnut kaltoinkohtelu riski jo lapsen odotusaikana kielii ongelman yleisyydestä ja ehkä siitä kasvatukseen liittyvästä epävarmuudesta, jota lasta odottavissa perheissä on ja johon pitäisi pystyä tarttumaan neuvolassa ja muissa palveluissa jo raskauden aikana. Tämän toteuttamiseksi tarvitaan puheeksi ottamisen ja keskustelun avaamisen taitoja ja niitä tukevia keinoja sekä luottamuksellisen keskustelun avaamista perheen kanssa.

Perheen toimivuuden ja neuvolasta saadun sosiaalisen tuen perheet kuitenkin arvioivat pääsääntöisesti hyväksi. Tämä saattaa kertoa siitä, että perheen arki suurimmalla osalla sujuu hyvin tai ainakin kohtuullisesti ja perheet itse pystyvät käsittelemään ja ratkaisemaan sen haasteita. Lisäksi suomalaiset perheet ylipäätään pitävät neuvolapalveluita periaatteessa korkeatasoisina ja hyvinä, joskaan ei aina riittävän sovellettuina kunkin perheen omiin tarpeisiin. Perheiden riskitekijät tulee tunnistaa ja vaihtelu näissä osoittaa, että riittävän hyvin ei tunneta niitä mekanismeja, joiden avulla ja missä muodossa sekä hyvät että huonot kokemukset siirtyvät sukupolvelta toiselle. Sen vuoksi on tärkeää, että esimerkiksi neuvolassa keskustellaan vanhempien omista lapsuuden kokemuksista ja pohditaan niiden roolia ja näkymistä myös siinä tilanteessa, kun omaa lasta odotetaan tai ele-

tään pikkulapsiperheen arkea.

Myös huolta alkoholin käytöstä esiintyi. Äideistä kolmannes ja puolisoista reilu kolmannes käytti alkoholia kuukausittain tai useammin, kun lapsi oli noin kymmenen kuukauden ikäinen. Bridget Freisthlerin ja kumppaneiden (2014) mukaan vanhempien sekä kohtuullinen että runsas alkoholinkäyttö on lasten kaltoinkohtelua lisäävä riskitekijä. Vanhempien alkoholinkäyttö näyttää lasta odottavissa ja lapsiperheissä tulostemme mukaan melko yleiseltä. Saattaa olla niin, että vanhemmat eivät aina tiedosta alkoholinkäytön mahdollista haittaa lapsille. Sen vuoksi asiasta keskusteleminen neuvolassa kaikkien perheiden kanssa on perusteltua – erityisesti, jos jompikumpi tai molemmat vanhemmat ovat siitä huolissaan.

Riskiperheiden äidit kokivat perheen toimivuuden useammin huonommaksi, samoin kuin perheen terveyden. Selkeä tunnistettava yhteys on äidin riskipisteillä ja äidin kokeman perheen toimivuuden välillä. Voidaan ajatella, että äidit tunnistivat ongelmat perheessä ja sen toimivuudessa. Tämä tulos osoittaa myös keskustelun tarpeellisuuden perheen arjesta ja siinä ilmenevistä konkreettisista asioista. Vaikka huolet tuntuivat pieniltä, niillä saattaa olla jatkuessaan merkittävä vaikutus perheenjäsenten kokemaan hyvinvointiin. Kun perheen tavallisessa arjessa ilmenevät huolet tuodaan esille, niitä voidaan käsitellä ja niille voidaan tehdä jotakin.

Äitien riskipisteet eivät juuri muuttuneet

interventioperheissä, mutta perheissä, joissa olisi tarvittu interventiota, äidin riskipisteet pienenevät. Tämän lisäksi oli perheitä, joissa riskipisteet tulivat esiin vasta toisella kyselykierroksella. Sitä vastoin puolisoiden riskipisteet pienenevät interventioperheissä, mutta interventiot tarvitsevilla perheillä puolison riskipisteissä ei tapahtunut muutosta. Puolisoiden kohdalla tulos olisi siis odotettu, mutta äideillä hieman hämmäntävä. Toki aineisto, etenkin riskiperheiden ja interventioperheiden kohdalla, on valitettavan pieni eikä tuloksia voida yleistää. Tulokset tuovat esiin juuri perheiden monimuotoisuuden sekä sen, että jokaisen perheen tilanne on yksilöllinen. Perheiden kanssa ei voida toimia kaavamaisesti, eikä ole tukimenetelmää, joka samanlaisena toimisi kaikkien perheiden kohdalla. Interventiot tulee soveltaa perheen tilanteeseen, perheen kanssa yhdessä. Tietyt kaltoinkohtelun riskin tunnistamisen ja tuki-intervention toteuttamisen periaatteet, kuten riskinarviointityökalun käyttö sekä keskustelun avaaminen sen pohjalta, on sovellettava perhekohtaisesti.

CAP-mittarin käyttökelpoisuus on osoitettu lasten kaltoinkohtelun riskin tunnistamisessa. Neuvoiloissa ja mahdollisesti muissakin lapsiperhepalveluissa tarvitaan työkaluja, jotka auttavat perheen tilanteen arvioimisessa ja kaltoinkohtelun riskin tunnistamisessa (Bailhache & al. 2016; Paavilainen & al. 2014a). Annemieke Konijnen-dink kumppaneineen (2016) korostaa erityisesti systemaattisuutta ja periaatteiden vakiinnuttamista työhön, mikä tulee esiin myös Suomen kansallisen hoitosuosituksen sisällössä (Paavilainen &

Flinck 2015). Työkaluja, kuten CAP-mittaria, tarvitaan puheeksi ottamisen apuna ja osana kokonaisarviointia. Marion Bailhache kumppaneineen (2016) korostaa erityisesti sitä, että erilaiset riskinarviointi- ja seurantatyökalut ovat hyödyllisiä, kun niitä käytetään huolellisesti ja asiantuntevasti. Myös Maailman terveysjärjestö on vuonna 2016 esitellyt INSPIRE-ohjelman (WHO 2016), jossa muun muassa tuodaan esiin sitä, että lapsiin kohdistuva väkivalta on ennaltaehkäistävissä kehittämällä lapsiperheiden arjen haasteiden tunnistamiseen ja perheiden tukemiseen entistä tehokkaampia, perheille yksilöllisesti suunnattuja työkaluja ja palveluita.

Terveystenhoitajat kokivat CAP-mittarin käytön auttavan heitä työssään lapsiperheiden arjen haasteiden tunnistamisessa (Kanervio & al. 2016). He pitivät mittaria tarpeellisena mutta melko pitkänä ja hankalasti perheille markkinoitavana. Se selittää osittain aineiston jäämistä melko pieneksi tässä tutkimuksessa. Toisaalta aineiston pienuus kertoo myös siitä, miten vaikea terveydenhoitajien on ”ottaa puheeksi” perheväkivalta tai sen riski, vaikka siihen olisi työkalu käytössä. Kaltoinkohtelun riskin arviointi kuitenkin helpottuu käyttämällä sopivaa työkalua. Seuraavassa vaiheessa CAP-mittarin lyhennettyä versiota aletaan käyttää lasta odottavien ja lapsiperhepalveluissa, osana tavallista moniammatillista työtä ja kaikkien asiakasperheiden kanssa. Kun vanhemmat täyttävät lomakkeen, samalla käynnillä keskustellaan niistä asioista, jotka lomakkeesta tulevat esille ja jotka vanhemmat tuovat keskusteluun. Interventio rakentuu ja jatkuu tällöin perheen tarpeiden pohjalta.

KIRJALLISUUS

- Arruabarrena, Maria & de Paul, Joaquín: Validez convergente de la version Espanola preliminary del Child Abuse Potential Inventory: Depresion y Ajuste marital (Convergent validity of the preliminary version of the Child Abuse Potential Inventory: Depression and the marital adjustment). *Child Abuse & Neglect* 16 (1992): 119–126.
- Bailhache, Marion & Leroy, Valérie & Pillet, Pascal & Salmi, Louis-Rachid: Is early detection of abused children possible?: A systematic review of the diagnostic accuracy of the identification of abused children. *BMC Pediatrics* 13 (2013): 202. <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/13/202>. (luettu 7.10.2016)
- Bailhache, Marion & Bénard, Antoine & Salmi, Louis-Rachid: Simulation of the impact of programs for prevention and screening of pediatric abusive head trauma. *Journal of Neurotrauma* 33 (2016): 1397–1403.
- Bair-Merriitt, Megan & Zuckerman, Barry & Augustyn, Marilyn & Cronholm, Peter. Silent victims – An epidemic of childhood exposure to domestic violence. *The New England Journal of Medicine* 369 (2013): 18, 1673–1675.
- Bantugan-Bohan, Christy: Effectiveness of the Child Abuse Potential Inventory and the Parenting Self-efficacy Scale in assessing child abuse risk in the Filipino population (Doctoral dissertation, Califor-

- nia School of Professional Psychology, Fresno). Dissertation Abstracts International 54 (1994): 5978.
- Edgecombe, Gay & Ploeger, Heather: Working with families experiencing violence: The Ploeger model of enhanced maternal and child health nursing practice. *Contemporary Nurse* 21 (2006): 287–296.
- Ellonen, Noora: Kurin alaiset. Lasten ja vanhempien välisten ristiriitojen ratkaiseminen perheissä. Tampere: Poliisiammattikorkeakoulu, 2012.
- Ellonen, Noora & Kääriäinen, Juha & Salmi, Venla & Sariola, Heikki: Lasten ja nuorten väkivaltakokemukset. Tampere: Poliisiammattikorkeakoulu ja Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos, 2008.
- Ellonen, Noora & Lepistö, Sari & Helminen, Mika & Paavilainen, Eija: Cross-cultural validation of the Child Abuse Potential Inventory in Finland: Preliminary findings of the study among parents expecting a baby. *Journal of Social Service Research* (2016a), early view.
- Ellonen, Noora & Peltonen, Kirsi & Pösö, Tarja & Janson, Staffan: A multifaceted risk analysis of fathers' self-reported physical violence toward their children. *Aggressive behavior*, 2016b. Julkaisematon käsikirjoitus.
- Ellonen, Noora & Pösö, Tarja: Hesitation as a system response to children exposed to violence. *International Journal of Children's Rights. The International Journal of Children's Rights* 22 (2014): 730–747.
- Freisthler, Bridget & Holmes, Megan & Wolf, Jennifer: The dark side of social support: Understanding the role of social support, drinking behaviours and alcohol outlet for child physical abuse: *Child Abuse & Neglect* 38 (2014): 1106–1119.
- Haapasalo, Jaana & Aaltonen, Terhi: Child abuse potential: How persistent? *Journal of Interpersonal Violence* 14 (1999): 571–585.
- Haz Ana, Maria & Ramirez, Valeria: Adaptacion del Child Abuse Potential Inventory en Chile: Analisis de las dificultades y desafios de su application a paritorio de dos estudios Chilenos. (English Abstract). *Child Abuse & Neglect* 26 (2002): 481–495.
- Heinze, Michaela & Grisso, Thomas: Review of instruments assessing parenting competencies used in child custody evaluations. *Behavioral Sciences & the Law* 14 (1996): 293–313.
- Holloway, Immy & Wheeler, Stephanie: *Qualitative research in nursing*. Oxford: Blackwell Science, 2002.
- Inkilä, Jaana & Helminen, Mika & Kuosmanen, Taru & Paavilainen, Eija: Moniammatillinen toimintamalli lasten kaltoinkohteluun puuttumisessa. *Janus* 24 (2016): 62–78.
- Kanervio, Pia & Paavilainen, Eija & Kylmä, Jari: Terveydenhoitajien kokemuksia lasten kaltoinkohtelun riskin arvioinnista äitiys- ja lastenneuvoloissa. *Tutkiva Hoitotyö*, 2016. Julkaisematon käsikirjoitus.
- Knoke, Della & Trocmé, Nico: Reviewing the evidence on assessing risk for child abuse and neglect. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 5 (2005): 310–327.
- Konijnendink, Annemieke & Boere-Boonekamp, Magda & Fleuren, Margot & Haasnoot, Maria & Need, Ariana: What factors increase Dutch child health care professionals' adherence to a national guideline on preventing child abuse and neglect? *Child Abuse & Neglect* 53 (2016): 118–127.
- Lepistö, Sari: Nuorten kokema perheväkivalta. Malli hyvinvoinnista ja selviytymisestä. Akateeminen väitöskirja 1552. Tampere: Oy Juvenes Print, 2010. <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-8223-6.pdf> (luettu 18.4.2016)
- Lepistö, Sari & Ellonen, Noora & Helminen, Mika & Paavilainen, Eija: The family health, functioning, social support, and child maltreatment risk of families expecting a baby. *Journal of Clinical Nursing* (2016) early view.
- MacMillan, Harriet & Thomas, Helen & Jamieson, Ellen & Walsh, Christine & Boyle, Michael & Shannon, Harry & Gafni, Amiram: Effectiveness of home visitation by public-health nurses in prevention of the occurrence of child physical abuse and neglect: a randomised controlled trial. *Lancet* 365 (2005): 1786–1793.
- Milner, Joel: *The Child Abuse Potential Inventory manual*. 2nd ed. Webster: Psytec Inc, 1986.
- Milner, Joel: Assessing physical child abuse risk: The Child Abuse Potential Inventory. *Clinical Psychology Review* 14 (1994): 547–583.
- Milner, Joel & Crouch, Julie: Psychometric characteristics of translated versions of the Child Abuse Potential Inventory. *Psychology of Violence* 2(3) (2012): 239–259.
- Nair, Prasanna & Schuler, Maureen & Black, Maureen & Kettinger, Laurie & Harrington, Donna: Cumulative environmental risk in substance abusing women: Early intervention, parenting stress, child abuse potential and child development. *Child Abuse & Neglect* 27 (2003): 997–1017.
- Norman, Rosana & Byambaa, Munkhtsetseg & De, Rumna & Butchart, Alexander & Scott, James & Vos, Theo: The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine* 9(11) (2012): www.plosmedicine.org/e1001349. (luettu 7.10.2016)
- Olds, David: Prenatal and infancy home visiting by nurses: From randomized trials to community replication. *Prevention Science* 3 (2002): 153–172.
- Paavilainen, Eija & Helminen, Mika & Flinck, Aune & Lehtomäki, Leila: How public health nurses identify and intervene in child maltreatment based on the national clinical guideline. *Nursing Research and Practice*, Volume 2014a, Article ID 425460. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/425460>. (luettu 7.10.2016)
- Paavilainen, Eija & Flinck, Aune: National nursing guideline for identifying and intervening child maltreatment in Finland. *Child Abuse Review* 22 (2013): 209–220.
- Paavilainen, Eija & Flinck, Aune: Lasten kaltoinkohtelun tunnistamisen tehokkaat menetelmät sosiaali- ja terveydenhuollossa, 2015. <http://www.hotus.fi/lasten-kaltoinkohtelun-tunnistamisen-tehokkaat-menetelmat-sosiaali-ja-terveydenhuollossa-2>. (luettu 7.10.2016)

- Paavilainen, Eija & Lehti, Kristiina & Åstedt-Kurki, Päivi & Tarkka, Marja-Terttu: Family functioning assessed by family members in Finnish families of heart patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 5 (2006): 54–59.
- Paavilainen, Eija & Lepistö, Sari & Flinck, Aune: Ethical issues in family violence research in healthcare settings. *Nursing Ethics* 21 (2014b): 43–52.
- Peltonen, Kirsi & Ellonen, Noora & Pösö, Tarja & Lucas, Steven: Mothers' self-report violence toward their children: A multifaceted risk analysis. *Child Abuse & Neglect* 38 (2014): 1923–1933.
- Paavilainen, Eija & Åstedt-Kurki, Päivi & Paunonen, Marita & Laippala, Pekka: Risk factors of child maltreatment within the family: Towards a knowledgeable base of family nursing. *International Journal of Nursing Studies* 38 (2001): 297–303.
- Peters, Rebecca & Barlow, Jane: Systematic review of instruments designed to predict child maltreatment during the antenatal and postnatal periods. *Child Abuse Review* 12 (2003): 416–439.
- Shields, Linda & Pratt, Jan & Davis, Leigh & Hunter, Judith: Family-centred care for children in hospital. Review, Cochrane Collaboration. John Wiley & Sons, Ltd, 2007.
- Tenney-Soeiro, Rebecca & Wilson, Celeste: An update on child abuse and neglect. *Current Opinion in Pediatrics* 16 (2004): 233–237.
- Walker, Clare & Davies, Jason: A Critical review of the psychometric evidence base of the Child Abuse Potential Inventory. *Journal of Family Violence* 25 (2010): 215–227.
- WHO: INSPIRE. Seven strategies for ending violence against children. Publication of World Health Organization, 2016. <http://www.who.int>. (luettu 7.10.2016)
- Åstedt-Kurki, Päivi & Tarkka, Marja-Terttu & Paavilainen, Eija & Lehti, Kristiina: Development and testing of a family nursing scale. *Western Journal of Nursing Research* 24 (2002): 567–579.
- Åstedt-Kurki, Päivi & Tarkka, Marja-Terttu & Rikala, Marjo-Riitta & Lehti, Kristiina & Paavilainen, Eija: Further testing of a family nursing instruments (FAFHES). *International Journal of Nursing Studies* 46 (2009): 3, 350–359.

TIIVISTELMÄ

Sari Lepistö & Noora Ellonen & Mika Helminen & Eija Paavilainen: Suomalaisten lapsiperheiden lapsiin kohdistuvan väkivallan

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata, vertailla ja mallintaa lasta odottavien ja pienen vauvan kanssa elävien perheiden terveyttä, toimivuutta ja neuvolasta saatua tukea perheissä, joissa on todettu kohonnut lasten kaltoinkohtelun riski sekä perheissä, joissa kohonnutta riskiä ei ole. Suomi yhtenä ensimmäisistä maista kielsi lapsiin kohdistuvat kurituksen yli 30 vuotta sitten. Kaltoinkohtelun mahdollisuus tulisi tunnistaa jo mahdollisimman varhain, jotta sitä voisi ennaltaehkäistä. Kaltoinkohtelun riskiä perheissä arvioitiin Child Abuse Potential Inventory (CAP)-mittarilla. Perheen terveyttä, toimivuutta ja neuvolasta saatua tukea arvioitiin Family Health, Functioning and Social Support Scale (FAFHES)-mittarilla. Aineisto koostui 106 perheestä. Perheet jakautuivat ensimmäisessä vaiheessa kolmeen ryhmään; riskiperheet,

jotka saivat tuki-intervention (n=5), verrokkiperheet, joilla oli kohonnut riski (n=14) ja verrokkiperheet, joilla ei ollut riskiä (n=87). Kahdeksassa perheessä riski kohosi vasta toisessa vaiheessa. Perheet, joissa oli kohonnut kaltoinkohtelun riski, kokivat perheen terveyden, toimivuuden ja sosiaalisen tuen pääosin hyväksi. Tilastollisesti merkitsevä ero oli äitien arviossa perheen toimivuudesta ja terveydestä, verrattuna heidän arvioon saamastaan sosiaalisesta tuesta tai puolisoiden arvioista. Tutkimus osoitti, että perheiden elämäntilanne on monenlainen ja vaihteleva ja että CAP-mittari on soveltuva väline ammattilaisille kaltoinkohtelun riskin tunnistamiseen. Perheiden tukemisen tulee kuitenkin perustua perheen yksilölliseen tilanteeseen ja perheen kanssa yhdessä toimimiseen. Lapsiin kohdistuvaa kaltoinkohtelua voidaan ehkäistä kehittämällä lapsiperheiden arjen haasteiden tunnistamiseen ja perheiden tukemiseen entistä tehokkaampia, perheille yksilöllisesti suunnattuja työkaluja ja palveluja.